

# 死に臨む医療 End of Life Care を担う人々の役割

村 岡 潔

## 【抄録】

本稿は、終末期医療（End of Life Care）の担い手の役割についての概説である。自ら臨死期にあると自覚した者の死の受容は大きな課題だが、それには「不死性 Immortality」の獲得が鍵となろう。EOL ケアの担い手にとって、不死性の獲得のための援助は End of Life Care の最重要というべき役割の一つである。また、医療を広義にとらえる医療人類学的観点から見れば、医療（ヘルスケア）は、多元的医療システムによって担われている。すなわち、ヘルスケアの担い手は、医師や看護師などの近代医学の医療者（専門職セクター）だけでなく、鍼灸や漢方医学などの代替医療の専門家（民俗セクター）や家族・同僚におけるケア（大衆セクター）に至る幅広いネットワークによってカバーされている。したがって、EOL ケアも、同様に多元的な担い手（チーム医療ないしは多職種連携、臨床宗教師、ボランティア）によって既に実践され、あるいは、今後、さらなる広がりをもって実践されるべき段階にきていると言えよう。

キーワード：終末期医療（End of Life Care）、不死性、担い手の役割、多元的ケアシステム、医療人類学

## I. はじめに～End of Life Care について

本稿は、終末期医療（End of Life Care）<sup>1)</sup>の担い手 Caretaker の役割についての基礎的な概説である。まず前半では、End of Life（以下、EOL）の目的について再考する。EOL では、自らが臨死期にあることを自覚した者がどのような形で死の受容が可能になるかが課題となるが、その鍵となる最大のものの一つが生の継続や再生を示す観念（Idea）としての「不死性 Immortality」の獲得ないしは感得であると言えよう。EOL ケアの担い手は、まずそのことを念頭に援助することが肝要である。

ところで臨死期は人生の一部であるのに、その状態や過程は、20 世紀前半までに、欧米でも日本でも医学的には病気とみなされるようになった。フィリップ・アリエスによれば、その変化は死に場所の移動によるものであり「人はもはや、わが家で、家族の者たちの真ん中で死んではいかず、病院でしかもひとりで死ぬ」ようになったが、それは「病院がもはや家では与えられなくなった手当」の場所となったからだ。西欧の歴史を遡れば、病院は、そもそも貧窮者や巡礼者のための収容所だったが、それがまず医療センターとなり、そこで治療がなされ、死との戦いが

行われるようになった。その治療役割を保持しながらも、ある種、病院は死を迎えるのに最適な場所と考えられ始めた。かつて病院で死ぬのは医師が治療に成功しなかったからだが、今では治るためだけではなく、死にゆくためにも病院に行くようになってきた。そして、社会学者の分析として、重病人には2種類あり、一つは移民に多く古い死のしきたりにこだわり、退院して自宅で先祖伝来のやり方で死を迎える人々で、もう一方は、家で死ぬのは不都合になったとして病院へ死に来る近代派の人々だとしている。(アリエス 1983:69-76)

日本では死に場所の推移をみると、1970年(昭和45年)から1975年(昭和50年)の間に在宅死の比率が半数を切り、病院死がそれ以上に転じている(厚生労働省)。こうした施設死亡は、1947年の時点では、全死亡の9.2%と低率であったものが、1977年には50.6%と過半数となり、1988年には71.9%を占めるに至った。(円山 1995:245-246)<sup>2)</sup>また、それに呼応するかのようになり、死亡診断書に書かれる死因としての「老衰」が減り、高齢者であっても、死因として「心筋梗塞」や「肺炎」のように病名を明示するようになっていく。まさに、臨死のプロセスが病気として明確に捉えられていくようになった。

今日、緩和ケア・緩和医療の対象となるべき「がん」で亡くなる人は30万人を超えている。その内、緩和ケアが受けられる人はおよそ2万人(数%)に過ぎない。残りの末期がん患者はプライバシーも十分ない一般病棟という療養環境で家族とゆっくり話もできず死亡していることになる。このように緩和医療の現場では、人の死は尊厳を持って扱われる可能性が高い一方、一般病棟では、病床に対する医療者の配置や病床の種類によって制限され、看取りのエキスパートの存在もままならないため、患者の死は尊厳ある「死に逝く過程」を経ることが難しい現状がある。また、今日では、老健施設・介護施設においても在宅においても、臨終になっても、その住み慣れた場所で看取られることはほとんどなく、大多数が病院の非看取り的環境(しかも一般病棟であって緩和ケア病棟ではない)に搬送されてしまう。そこで患者は、死への恐怖や悲嘆、孤独感を募らせるが、そのことへのケアは全く不十分のままである。

こうして多くの人々は、前世紀後半に病院で苦悩を抱えながら孤独に最期を迎えるという慣習が定着すると、それに対応するように緩和ケア Palliative care という形の医療が出現する。その使命は臨死期の患者の病状を予測し診断し治療するだけでなく、その際に患者や家族が迫られる医学的に重要な意思決定を援助し、患者と家族双方の QOL (quality of life ; 生存の質) を高めることである。緩和ケアの究極のゴールは、患者と家族のために生活の質を改善することだからである。Rome らは、緩和ケアは、ホスピスケアと違い、診断名や予後(推定される病状の経過・帰結)こだわらず、EOL アプローチとして、積極的な症状コントロールと精神的社会的支援を行なうものだとする(Rome ら 2011)。このように患者と家族が病気の性質や予後の理解するのを援助することは、EOL の緩和ケアの重要な面である。診断名や予後と関係なくというのは、近年では、がんや AIDS だけでなく、ALS (筋萎縮性側索硬化症) などの難病が EOL Care の対象となっており、予後の様々な段階でもケアの範囲となりつつあるためと思われる。

その上、緩和ケアのスペシャリストは、患者と彼らの家族が適切に治療方針を決定して、患者ケアの目標を医療チームの目標に合わせるよう調整したり、代理決定、事前指示 advance directives、救命措置のレベル<sup>2)</sup>を決めたりする。こういう支援も EOL における緩和ケアの不可欠な部分となっている。EOL Care では苦痛の緩和は不可欠の目標だが、ケアの提供者 providers が、まず第一に認識しておくべきは、患者の抱えるのは苦痛は Total pain とよばれ、患者の身体的、心理的、社会的並びにスピリチュアル的ペインの総体であることだ。このコンセプトは、以下のものであり、ペインと苦悩の評価や診断の要となる (Rome ら 2011)。

P: Physical problems (身体的問題) は、しばしば複数あり、個々人ごとに診断し治療しなくてはならないこと；

A: Anxiety (不安)、怒り、落ち込みはペインの重要な構成要素であり、医師が他の医療者と協力して取り上げるべきもの；

I: Interpersonal problems (対人間の問題) は、孤独・経済的不安・家族関係を含むが、しばしば患者の症状を編み出すもの；そして、

N: No accepting approaching death (迫る死の拒絶)、絶望感、[こうなった自分の実存的] 意味のむなしい追求は、薬では解消できないほどの重篤な苦痛を引き起こしうること、である。

すなわち EOL Care の役割は、身体的で社会心理的で精神的な徴候を経験する患者の EOL に介入し、患者とその家族を苦しみから解放することであり、さらに、患者の死の後は、緩和ケアの役割は主に患者の家族のグリーフケアに移っていく (Rome et al 2011)。

このように観てくると、Rome らの言う EOL Care は、大部分が従来行われてきたターミナルケアと同様であるが、若干、医療者目線が強いようにも思われる。特に、Total Pain にある P・A・I・N の各項目が挙げている内容は、いわゆるスピリチュアルケアに相当するので、その役割は、一人医師や看護師では担いきれず、いわゆる精神性や宗教性を熟知したケア提供者をふまえたチーム医療 (ないしは多職種連携) が求められるところである。さもないと、医療者が牧師の役を演ずることになりかねないだろうが、それは、普通無いものねだりということになるう。

## II. 不死性というコンセプト

前節では、死に場所が自宅から病院施設に変わったことを述べたが、EOL Care の本質は、基本的な理念の問題であり、ケアのプログラムの問題であり、必ずしも死に場所の問題ではない。その鍵概念となるのが「不死性」というコンセプトである。不死性 (Immortality) とは、死に行く人にとって「自己の存在の永続性を保障してくれると信ずるに足る何か」である。不死性の保障が得られれば、あるいは、そのための支援が行われる場所であれば、いわゆる一般病棟においても EOL Care の空間は出現する。

例えば、ある事例（柳田 1999:36-69）では、担当医ら医療者の配慮によって、女流写真家の患者 H 氏が、野仏の写真集を臨死期にありながらも完成し出版することができたことで、最期に（十二分ではないかも知れないが）満足さを意思表示して逝った点にある。それによって思いのこすことがなくなったといった満足感と同時に、その写真集を通じて「自分という人間が存在していたこと」の証を遺すことが出来たことを意味する。この点が不死性という信念の問題にもつながる重要な点である。「治癒」という「心身像（自己イメージ）の全体の回復」が適わないとしても、「心身像」のイメージを出来るだけ温存することを願うのが「不死性」への希求であり、まさにスピリチュアルケアに関わる重要なポイントである。

それには、次のようなものが挙げられよう。

- ①「子供・家族」：自分が逝っても代わりに血のつながりのある子孫がいてくれるという信念。  
あるいは、自分の家業を引き継いでもらえとか、自分のやり残したことを仕上げてくれるといった信念。
- ②「仕事・作品」：自己の仕事・作品の中に何かが残っているという信念。自分の作品や小説・絵画などが他の誰かに鑑賞されたり役立ったりするという認識。そのことで何か自分が存在した証しを遺せるという達成感を伴った心情、など。
- ③「再生や来世」：死んだら次の世があるという信念。例えば、来世や輪廻を信じる人は、その信仰こそが不死性の根拠となっている<sup>3)</sup>。ちなみに「臨死体験」をしたと語る人は、死が怖くないという指摘がある<sup>4)</sup>。
- ④「自然と一体化すること」：自然の中に自分が溶け込みたいという信念。例えば、森林や海洋へ散骨する「自然葬」「宇宙葬」などを希望する人はこの範疇に入るであろう<sup>5)</sup>。
- ⑤「自己のクローン子」：不妊治療の最終的手段などとして自己のクローン子を遺伝子工学によるクローン技術で実現しようとする願望<sup>6)</sup>。
- ⑥その他、個々人によって様々な事象が不死性を喚起すると考えられる。

冒頭の H 氏の場合は、2 番目の「仕事・作品」の例に相当すると言えよう。この不死生のリアリティが得られたことが死に臨んだ彼女の満足度を高め、死の受容にむすびついたものと思われる。このように、一般に EOL Care ないしはターミナルケアの空間の存立やその成否の鍵はここにあるように思われる。この不死性の構築が EOL Care の担い手が重視すべき役割であり使命であるといっても過言ではあるまい。

### Ⅲ. 多元的ケアシステムの構築に向けて

最後に医療人類学的観点から、EOL Care の担い手の配置について見ておこう。人類学的には、医療すなわちヘルスケアは、多元的医療システムによって担われている。すなわち、その担い手は、医師や看護師などの近代医学の医療者（専門職セクター）だけでなく、鍼灸や漢方医学

などの代替医療の専門家（民俗セクター）や家族・同僚におけるケア（大衆セクター）に至るまでの幅広いヘルスケアの3部門からなるネットワークによって担われている。したがって、EOL Care も、同様に多元的な担い手によって既に実践されて（あるいは、今後、さらなる広がりをもって実践されてしかるべき段階に）来ていると言えよう。チーム医療ないしは多職種連携の正当性の位置づけもここに含まれる課題であろう。

多元的医療システムは、どの時代、どの社会でも、人は、自分の体に不調を来したり、精神的な悩みをかかえたときには、様々な方法で対処する医療の担い手の配置配分のありさまをいう（池田 1995:202-206）。たとえば、自分自身で判断し、無理をせず休養をとるか、家庭薬を飲んだり、家族や隣人に助けを求めたりする。それで治らないときには、近代医療の医者にかかることになる。それで治らない場合、漢方や針灸などの代替医療をこころみたり、神仏などの宗教に病いの治癒や心の救いを求めることもある。病院に入院して手術を受ける場合でも、患者の親族がお守りを求めたり祈祷にでかけるように、医療の受け手の側は、2つを並行して利用することも少なくない。また医食同源や食養生のように食生活を治療と結び付ける民間伝承も少なくない。

他方、近代医療は、目下、多くの社会で、他の多くの医療システムより上に位置づけられ、国家制度や法律によって、その優位な地位が守られている。この公認の医療システムの他に、日本の漢方や針灸、ホメオパシーやカイロプラクティック、信仰治療のような、より小規模で代替的な医療システムが存在する。これらは代替医療とよばれている。近年では、近代医療と代替医療の長所を統合する統合医療という領域も出現している。このように、人々が病気になったときの多様な行動様式や考え方は、狭い意味の近代医療を超えた幅の広いものである。こうした多様な医療のありさまは、多元的医療システムと呼ばれている。

医療人類学者の A・クラインマンや C・ヘルマンによれば、多元的な医療システムは、次のようなヘルスケアの3つのセクター（部門）に大きく分けられる。それらは、大衆（ポピュラー）セクター、民俗（フォーク）セクター、および専門職（プロフェッショナル）セクターである。どのセクターにも、独自の病気の解釈と治療法、だれが治療者でだれが患者かの決め方、両者の出会いの場で、治療者と患者が相手に対してどう対応すべきかを特徴づける独自のやり方がある。一般に、病者は、一つのセクターでの治療が、身体の不調や精神的苦悩の解決に失敗した時には、これら3つのセクター間をかなり自由に行き来している。（Helman 2000:50-78）

したがって、緩和ケアも EOL Care も、臨死期の医療やケアとして多元的医療システムの中に位置付けることが可能になる。以下は、通常医療に加えて、緩和医療の担い手としての役割を加味しつつ、3つのセクターを垣間見ておこう。

#### A 大衆セクター

これは、素人のおこなうヘルスケアの領域である。ここには、人々が、医師や針灸師など、医

療の専門家にかからずに、選んで利用する治療法の全てが含まれる。どの社会でも、ここで初めて、病いが気づかれ、病気と判断され、最初のヘルスケアの活動（プライマリー・ヘルスケア）が始められる。西洋でも非西洋社会でも、医療の約70～90%は、このセクターで行なわれると考えられている。この部門では、治療は無料で行われるのがふつうである。

大衆セクターにおけるヘルスケアの担い手の中心は、自分自身や家族などの身内の人々であり、家庭内で大部分の病気が発見され治療される。「病気」になった人は、ふつう、自己治療・自己処方〔自分の判断で手近な薬を飲むこと〕を試み、自分の手におえないと他の人に相談することになる。家庭内では、たいてい、日常の病気を診断し手近なもので治療する母親や祖母がヘルスケアを担っている。他には、友人・隣人・職場の同僚などの助言と治療が挙げられる。また、後日、役割が逆転し、今日の患者が、経験を生かして明日の治療者となることも可能である。

ヘルスケアが、もっぱら家族や仲間うちで行われるので、病者も治療者も、健康と病気に関して同じ見方や前提に立つことができる。これは、人体の構造や機能、病気の起源や性質についての民間的理解や信仰にも基づいている。

したがって、従来、家出の看取りも、同様の過程で行なわれていたと言えよう。それが、先述のように、死に場所の変化とともに、後述の専門職セクターの扱いになったのである。それ故に、十分なお別れができない病院での看取りよりも、在宅での看取りへの回帰が起こっているのも当然と思われる。

個人の病い体験や看取り体験は、代々蓄積され、共有されてきたはずであり、病気や悩みの体験は、宗教的な癒し集団や教会の中でも共有されている。この中には信仰治療や、東洋的瞑想と禅やチベット仏教に基づいたヨーガなども含まれよう。非西洋社会の自助グループは、しばしば、宗教を基盤としている。

## B 専門職セクター

これは近代西洋医学のように組織され法的に認可され擁護されている医療専門職の部門をいう。ここには、医師職だけでなく看護職・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士のような公認されたコ・メディカルの医療者専門職も含まれる<sup>7)</sup>。近代医学の医師集団は、法律家、僧侶などと同じく、典型的な専門職とみなされる。特殊な知識・技能と、高い社会的地位をその特徴とする専門職は、それ以外の職業と異なり、業務の内容や条件に関する決定権が素人や行政の側ではなく、職業集団の側にあること、つまり集団の自律性（オートノミー）に求められる。日本でも、医療行為に準ずるとみなされる EOL Care において、医療系の資格のない素人のボランティアが参入することの困難の背景は、技術的な問題というより、国家制度に基づく、いわばなわばり意識に関する問題が背景にあるわけなのだ。

非医療者（素人）や行政による統制や干渉からの自律性を確保するために、医師の専門職集団

は、同じ考え方にもとづく学会組織をもつ。学会は、自分の専門分野の知識や技術の統制を維持し、共通の利益を推進させ、知識の独占形態を保持し、入会資格を設け（新米医師への免許など）、部外者の侵入や競争から自分たちを守り、さらに、会員の適性や職業倫理を監視するために存在している。また、自律性は、教育制度によっても維持される。教育制度では、病気と治療に関する知識と技能のあり方を管理し、正統的な後継者に、医師資格を与え、学会に登録することで、医療における近代医学の独占的な地位を保障することになる。

医師専門職は、区分上、同じ医師集団の一員でも知識と権力の上下関係の中に位置づけられている（例えば、教授、准教授、講師、助教）。看護スタッフ（看護部長、看護師長〔かつての名称は婦長〕、主任、あるいは正看と準看で区別）、助産師、理学療法士、作業療法士、検査技師、医療ソーシャル・ワーカーなどのコ・メディカルの専門職は、特に日本では、専門職としてのサブカテゴリーは別系統なのに、実質上は、EOL Careにおいても、医師の下に配置されている<sup>8)</sup>。例えば、看護専門学校の校長は、看護師ではなくて専ら医師が務めている。EOL Careにおいても同様であり、ホスピス長も通常医師が務めている。ちなみに、韓国はソウルのキリスト教大学付属病院のホスピス長は宗教者（牧師）であった。近年、日本で、臨床宗教師という職制が台頭してきているが、彼らが、脱宗教脱宗派を旗頭にせざるを得ないのも、医療職、特に医師職の影響下にある専門職セクターに参入しようとする医師－患者関係からであろう。その結果、臨床宗教師は、専門職セクターに構築されつつある EOL Care 空間において、どういう仕事を果たしてくれるかが、現時点では非常にあいまいなところとなっているようだ（福永 2015:177-184）。

近代医療も、医療システムの一つである限り、社会の他の側面から切り離して考えることはできない。医療は、それが行われる社会の価値観や社会構造の現われであり、その縮図とも言えるからである。だから、各国、各社会は、その支配的イデオロギー（資本主義、福祉国家、社会主義や民族主義など）にしたがって、異なる医療形態やヘルスケアの仕方を生み出すことになる。現代医療の中心的機構は、病院（という制度）である。大衆セクターや、後述する民俗セクターと違って、病気の人間は、まさにその一大事という時に、家族や友人や職場などの居住空間から引き離されることになる。病院では、彼らは、その施設のルールにしたがった、画一的な「脱人間化」の処遇を受ける。そして、見ず知らずの人で満ちている病棟で、「患者」と呼ばれる立場となる。患者は、自分の患いを、多くの場合、身体的疾患として生物学的に強調される一方で、その文化社会的な要素である、家庭環境、宗教、社会的地位などの諸関係、あるいは自分の病気の意味づけについては、ほとんど軽視ないしは無視されることになる。患者は、こうして、自己の個性や社会的同一性（アイデンティティ）を失われ、パジャマ、ナイトガウンという、多くの場合、その病院のユニフォームに着替えさせられることになる。そこには、自己の身体や、個人的空間・プライバシー・行動・食事あるいは時間の活用にあらず患者自身の指揮権はない。たとえば治療や共同生活が第一だとしても、患者は、必要以上に、自己のコントロールを奪われことが

少なくない。

さらに、患者は、大衆セクターや民俗セクターと異なり、家族や地域・職場の同僚から心の支えを受け続けることができず、これまで会ったこともない医療者のケアを受けることになる。おまけに、病院では、医師・看護婦・検査技師などの医療専門職と患者とのコミュニケーションは、一般に、短い、形式ばった、あるいは、よそよそしい対話、さらには、わかりにくい専門用語交じりの説明によって特徴づけられる。患者は、その多くが、医療専門職は忙しいという点を理解しつつ、我慢をしているわけである。病院は、工場、学校、軍隊などと同じように、近代が産み出した大量生産の思想に裏付けられていると言えよう。こうした近代的な装置は、近代の工場に代表されるように、高品質で均質の品物を短時間で大量に生産するために開発されたものである。

日本や欧米のほとんどの国では、地域のホーム・ドクターや開業医、保健婦も、専門職セクターに属するが、彼らは、しばしば、病院の勤務医とは異なり、地域社会に深く根をおろしている。こうした医師や看護婦は、勤務医よりは、自分の担当する患者と日ごろからよくコミュニケーションをとっていて、患者のかかえる病気の社会的、家族的、心理的側面を比較的理解しており、よく対処できることが多い。この点は、在宅医療や訪問看護のような地域に根差したケアが、自然の過程で緩和ケアや EOL Care にそのまま移行していくのは不思議ではない。

### C 民俗セクター

このセクターは、各々の社会で伝統的に営まれてきた医療システムからなるが、日本や欧米では、他の非西洋社会と違って、小規模になっている。大衆セクターと異なる点は、このセクターの医療やヘルスケアを行なう人々は、一般に、それを仕事としていることである。

民俗セクターのケアの多くには、バランス（調和）こそ健康だという点を強調し、病者（依頼者）を、身体的だけでなく、心理的、社会的、道徳的といった様々な次元から全体的にみようとするホリスティックな観点が見られる。

この領域でヘルス・ケアを行なう人々は民俗治療師（フォーク・ヒーラー）とよばれ、病気の原因、や意味づけ、および治療について治療者も病者も共通の見方をしている。また、治療師は、病気を他の形の不幸や災いと同等に考え、心身の不調に関連する社会的・心理的・道徳的側面について対処する能力にたけている。かれらはこれらの諸関係に対して、病者に日常的な考え方で説明するからである。

また、専門職セクターと異なる点は、その社会で公認の治療専門職として認められていない点である。言わば、これらの治療師は、大衆部門と専門職部門の中間に位置する。例えば、針灸師、接骨師、産婆、漢方薬などの薬草治療師やアロマセラピーのヒーラー、エアロビクスのインストラクター、フィリピンの抜歯師などのような世俗的技能者が挙げられる。

また、宗教的治療師としては、心霊治療師、シャーマンなどがある。シャーマンとは、神や精



霊と直接交流し、占いや病気なおし等を行なうという職能者をさす。日本では、修験道（しゅげんどう）の行者、東北地方のイタコ、南西諸島のユタといった伝統的治療師や、新宗教における霊能者などが相当する。英国の宗教的治療師がつくる、全国心霊治療師連盟（NFSH）は、心霊治療を「手かざしや祈りや瞑想によって、心身や霊的な病いを治す」治療システムと定義している。彼らは、国営のナショナル・ヘルス・サービス（NHS）の現代医療の病院と提携している。自然的影響を解説し、不幸や病気やその他の災いの原因（災因）を明らかにすることがこのセクターの役割であると言えよう。

病者側からみれば、こうした宗教的あるいは占いの形態には、不幸の責任を、病者本人の行為にではなく、個人の制御のわくを越えた原因、すなわち「運命」、「不運」、あるいは出生時の兆しなどに置きかえて説明し、呪縛やこだわりから解放してくれる有意義な点がある。

民俗セクターの治療師は、病いの原因、意味、治療についての共通の信念をはじめ、彼らの生きている地域社会の基底にある価値観や世界観を共有している。そのケアは、一般に全体的（ホリスティック）であり、心身の症状はもとより、患者の全生活面（他の人々との関係も入れた）や自然環境、さらに、超自然の力についても対処可能とする。

宗教的治療師は、例えば、面接し「薬」を与える一方、祈り、懺悔や対人間の問題解決の「処方箋」を出すことによって、罪悪感、恥あるいは怒りといった心理社会的問題を解決に導くのである。また、患者の過去のふるまいと現在の病気とを関連づけて説明することで、患者が抱いている未来の心配をコントロールすることにも役立っている。また、癒しは、家や宗教的な寺社や霊場のような、より親しみやすい治療環境で生ずることが多い。

ところで、3つのセクターの間には、病気の身体的ケアは現代医療で行なうが、それでは不十分な精神的ケアは民俗セクターの宗教的治療に求めることで、両者が相互に補完的な役割を果たしていることも多い。利用する側の視点で見ると、病人やその家族は、病気の種類、その症状や程度によってさまざまな医療システムを使い分けていることになる。

たとえば、中央アメリカの農村では、病気は「医師が治せるもの」と「そうでないもの」に分類されており、前者は近代医療の医師に、後者は「産婆」や「まじない師」に診てもらい、両者が混同されることはないという。確かに、民俗治療には欠点や危険性もある。しかし、その一方で、今後のヘルスケアの発展にとって近代医療の医療者にとって学ぶべきところも多い。たとえば、1) 患者とのコミュニケーションが密であり、そのことが、心身が相関する様々な症状（心理的・精神的問題）の対処にとってプラスに働いていること；2) 健康の条件として、周りの環境とバランス（調和）がとれていること；さらには、3) 家族や身内の人々が治療や癒しの過程に参加していることは、重要なポイントである。

民俗セクターのこれらの長所は、当然、緩和ケアや EOL Care の場が、このセクターでも構築されうることを如実に示していると言えよう。臨床宗教師も、脱宗教・脱宗派を唱える前に、民俗セクターでの立ち位置を考えるべきではないかと筆者は強く考えている。

#### IV. おわりに～ケアと死と宗教

以上、緩和ケアと EOL Care の担い手の背景と役割について述べてきた。

ケアも医療は、病氣治療や健康思想教育を通じて人生に影響を与え、その生死と深く結びついてきたが、ホスピスのような運動が出現するまでは、臨死患者のケアは現代医学（近代医療）守備範囲ではなかった。がん末期の患者が自然と心停止を迎えたとしても、担当医は、十分予期されたその死を受容し家族とともに静かに見送るのではなく、多くの場合、家族も病室から排除して甲斐のない心臓マッサージが続けられてきた。病院は、通常、家族が死にゆく患者と十分な別れを交わせる場所では決してないと言えよう。

昨今は、医師の中にもホスピス等で緩和ケアや EOL Care にとり組む「死の臨床の専門家」が出現し、こうした面に配慮がなされるようになって来つつある。そうした死にゆく人を看取る施設の一つ、緩和ケア病棟（PCU; palliative care unit）は、多くの場合、医師がとり仕切り、臨床心理士、ケースワーカー、宗教者、ボランティアの介護者などとともに、臨死「患者」に「よき死」をもたらすために物心両面から緩和医療サービスを提供する場で、院内では一般の病棟とは異なった「聖域」的場所である。ちなみに、このように医師が死を司る慣習は近代では不動だが、医師が死に立ち会うことが法律で義務づけられたのは、日本では、たかだか 100 年と少し前（1884 年）のことである。

一方、宗教もまた、生死をはじめ人間生活の様々な場面と関わっている。敬虔な信者にとっては、宗教は生老病死という一生とその日常生活のすべての面に関わるものである。日本の葬式は仏式や神式などが定番だが、多くが業者委託であわただしく済まされ、家族が死者と別れを交わす機会を宗教が十分担っているとは言えない。病院の霊安室でもミニ仏壇セットに宗教色を感じる程度だが、台湾や韓国では、病氣の際にも日々の神仏への祈りが欠かせないため病院内によく仏間や礼拝室が設置されている。

また、多くの宗教が、理念上は、死を単なる生の終焉としては捉えていない。キリスト経系の「エホバの証人」の信者が、手術中に死ぬ危険性を覚悟しつつ信仰に殉じて輸血拒否の宣言ができる背景には、信者が死後の「復活」を心底信じているからでもあろう。

この世のすべての出来事は無常（不変ではないこと）だとする仏教の生死（しょうじ）観でも生と死を表裏一体とみる（生死一如）。それは、生まれ変わり死に変わりして輪廻することで、人は誰しも、死後 49 日以内に六道の迷界（地獄・餓鬼・畜生・修羅・人間・天上）で誰か／何かに生まれ変わるので「死んだらおしまい」ということはない。むろん、この輪廻こそ苦の原因で、そこから解脱して仏陀（覚った存在者）になることが仏教では最終目的であり、死の恐怖の克服には生への執着を捨てる必要があるとなろう。

いわゆる「臨死体験」とは、重篤な病氣で死にかけた人が「光に包まれたこの世とは思えない天国や極楽のような世界」に行ったと語る「神秘体験」である。この物語が確認させる「不死

性」, すなわち「死んでも続きがあること」の擬似体験は, その後の半生にとって重要である。「臨死体験」を語る人は, ほとんどが死の恐怖がなくなるというからだ。中世, 死にゆく貴族らを僧が見送った「臨終行儀」の起源は「臨死体験」にあるともいう。

医学の力で自分のクローン人間を造ることが不死性の獲得だと信じる宗教団体もあるように不死性の保証は様々だ。この世の「続きはない」と信じる人たちでも, 我が子が死後も自分を忘れないことや後世に誇れる立派な仕事や社会的成功によって死後も名が残るという期待感が臨終を満足なものにするかもしれない。こうした宗教的に中立な緩和ケアでも不死性はスピリチュアル(霊的実存的な)ケアの鍵となる。したがって, EOL Care の担い手の最後のミッションは, ケアしてきた大切な人の今わの際に「あちらに行ってもお元気で!」と声をかけることによって, 去り行く者とともに死に向かうものとして不死性の最終確認することになるやも知れない。

## 注

- 1) 昨今では, 終末期医療・終末期ケアに対して, 国内でも〈①Terminal Care〉という語に代わって, 〈②End of Life Care〉という場合が多くなってきたようだ。なお, 一般に英語表記やカタカナ語表記は官僚が嫌うようなので公的文書に常用されるかは現時点では定かではない。③ホスピスケアや④Palliative Care が, 緩和医療とされたのもそういういきさつのようだ。インフォームド・コンセントも当初は「説明と同意」と誤訳されたために, 医師が患者にインフォームド・コンセントしてくるなどという逆転した表現がまかり通ってしまったが, ⑤スピリチュアルケアについては, 一部の霊的ケアなどがしっくりこなかったせいか, カタカナ語が定着しつつある。

本稿では, ①=②とし, ③や④や⑤は, ②と重なる部分が多いがイコールではないとしておこう。

- 2) 日本で言えば, 病状が悪化したりして心停止に至った場合, 救命処置を可能な限り行なう場合から, 人工呼吸器はつけない場合, 強心剤も使用しない場合, さらに何もしない場合(いわゆる DNR) がある。
- 3) 橋爪大三郎『世界がわかる宗教社会学入門』筑摩書房, 2001 年, 121-122 頁。橋爪はコラム「死んだらどこへ行くのか」の中で, キリスト教・イスラム教あるいはユダヤ教などの世界宗教は「死後の世界など存在しない」という風に「死の問題」を解決するという。とくに前者では, 最後の審判の日に死者も復活して裁かれ天国か地獄行きが決まるが, どちらも生きたまま往くところである。ヒンドゥー教にも仏教にも輪廻という考えがあり, 死んでもこの世かまたは他の六道の世界に生まれ変わるわけで, 決して死後の世界があるわけではない。浄土教という極楽往生も, 極楽にもう一度生まれ変わることになる。彼は, 復活や輪廻は, 死後の世界など存在するはずがないという, 強烈的な合理主義の表現だとする明解な注釈を行なっている。そして, 日本人は, 復活や輪廻を信じていないし, (ユダヤ教や儒教やマルクス主義におけるような) 現世中心主義に徹するほど合理的でもないのだから, なんとなく死後の世界があるような気がしているに過ぎず, 宗教を信じる世界の人々が, 日本人と同じような死生観を持っているだろうと思い込むのはやめるべきだと指摘している。
- 4) 立花隆『臨死体験』(下), 株式会社文藝春秋, 1994 年, 416-417 頁。立花によれば, 体験者の感想の最大公約数では, 臨死体験を「死のリハーサル」と考え, 死はすでに未知のものではなく, そこには恐怖すべきものは何もなく, むしろ気持ちがいらいだという。
- 5) 小谷みどり『変わるお葬式, 消えるお墓』岩波書店, 2000 年, 126-138 頁。納骨・埋葬の仕方を生前からオーダーするのは, 死後の自分というものを明確に意識しており, 他者の目にさらされる死後(未来)の自分を想定している点で, その心情は「不死性」につながっていると思われる。小谷によると, 英国の「自然にやさしい埋葬」では, エンバーミングした遺体を土葬にして自然を薬品で汚染したりしないよう火葬が増えているという。

- 6) 柴谷篤弘・森岡正博「クローン技術をめぐって－単一生殖の夢?」『現代思想』第5巻第7号, 1997年, 59-61頁。この対談では, ある老婦人から, クローン技術を知って自分の体細胞を使い子供を子孫としてのこしたいという問い合わせがあったことが述べられている。
- 7) 多くの社会では近代西洋医学がこの部門を占めている。ただし, インドのアーユルヴェーダ医学や中国の針灸医学, 韓国の韓方医学などのように伝統医療体系の中にも専門職化されたものも一部はある。
- 8) また, 医師は, 患者を診察し, 正常か異常かの判断をくだし, 病気を診断し, 病名をつけることができる。こうした命名は, 社会的に見ると, 患者に対して, 時に永久的に, 病的, 治癒不能, 詐病, 心気症的, あるいは, 患者自身の見方とはくい違ふこともあるが「完治」といったラベリングにつながることもある。これらのラベリングは, ガンのように患者に不安を与えたり, 逆に, 慢性疲労症候群やパニック障害のように, 患者が, 怠けたりずるをして仕事を休んでいるのではないことを, 社会に対して医療の権威のもとに証明することにもなる。また, 経済的には, 健康保険や年金の査定にひびいたり, 病気ゆえに失業したりするなど, 重大な影響を与えることがある。
- さらに, がんの病名告知や余命開示に際して, 心無い医療者は, 悪気はなくとも不用意に相手の患者にダメージを与えてしまうことすらある。医師の A・ワイルは, このこととして, 医師による現代の「ブドー呪術」に譬えている。

#### 参考文献

- アリエス, P., 1983: (伊藤見・成瀬駒男訳)『死と歴史 西洋中世から現代へ』みすず書房
- 池田光穂 1995: 「非西洋医療」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社
- 厚生労働省「(死亡) 第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html> (アクセス日: 2016年10月6日)
- 円山誓信 1995: 「死の医療化とターミナルケア」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社
- Cecil G Helman, 2000: Culture, Health and Illness (Fourth edition), Oxford: Butterworth-Heinemann
- 福永憲子 2015: 『最期にビハラーは何ができるかー日本の看取りとビハラーの展開ー』自照社出版
- Robin B Rome, Hillary H Luminais, and Christopher M Blais 2011: The Role of Palliative Care at the End of Life, Ochsner J., 2011 Winter; 11(4), 348-352  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241069/> (アクセス日: 2017年10月28日)
- 柳田邦男 1999: 『「死の医学」への日記』新潮社

#### 付記

本稿は, 佛教大学総合研究所のプロジェクト「現代社会における宗教の力」プロジェクトの研究ノート(概説)である。

(むらおか きよし 共同研究研究員／佛教大学社会福祉学部教授)